

スウェーデン・デンマークの高齢者福祉施策 に学ぶもの

橋 本 祥 恵

はじめに

日本の高齢化と少子化は世界に例をみない早いテンポで押し寄せており、近い将来、来るべき高齢社会への対応施策が目まぐるしいほどに展開されている。高齢社会の先進国であるスウェーデン・デンマークでも、ここ数年、新しい保健医療福祉の対策が打ち出され、高齢社会を支えるシステムが変わりつつある。福祉先進国といわれる両国の福祉サービス施策はそれぞれの国の長い歴史のもとで、その都度社会の変化にあわせてよりよい対策を生み出してきたが、近年の社会の変化にさらにより良い対応を迫られてきたからだ。

1993年および1994年に、スウェーデン、デンマーク両国で、それぞれの国の高齢社会施策の一端を学ぶ機会を得た。

両国の国家施策はその国の歴史や文化に深く根ざした個性的なものではあるが、その根底には国の経済的側面と人権を基盤とした包括的な社会制度として変革を重ねてきたことの実実に印象深いものがあった。当然のことながらわが国の保健医療福祉施策に思いをめぐらすのであるが、国情の違いを踏まえてみても異文化のなかで見聞したことはき学ぶべきことが多くあった。それは、以下のようなことに集約されるようにおもった。

1. 価値観の変容がもとめられること
2. 基本的人権について考えの徹底が必要
3. 教育の見直し
4. 住民参加と地方分権

以上の様なことを軸に、わが国の高齢社会への変革期の今を模索してみたい。

1. スウェーデンで見た高齢者・障害者の福祉と援助

1) 人口統計と高齢者の現実

スウェーデンの高齢者・障害者の福祉の実態を現地研修資料を参考にしてまとめてみたい。

スウェーデンは、現在、高齢化率は17.8%で安定期にはいつている。2005年までは逆に減少し、それから再び2020年代まで20%に上昇することが予測されている。前期高齢者と後期高齢者

にわけてみると、2005年までは後期高齢者が確実に増加するが、この期間は前期高齢者は少し減少すると予測されている。2005年頃から反対に後期高齢者人口は少し減少するが、前期高齢者の数が急増すると予測されている。（図1）

高齢者の増加ということは、それ自体、慢性疾患や痴呆があらわれてくるのが当然であるから、ヘルスケア、介護ケアの現実的なケア問題が生じてくる。現在、痴呆は70歳で1%前後、90歳で30%以上にあらわれているが、2000年には現在と同じ割合で介護ケアを受けるとすると短期病院ケアが10%増、長期の老人ケアが22%増、精神病ケアが80%増、老人ホームが22%増、ホームヘルプサービスが11%の増加がみこまれる。

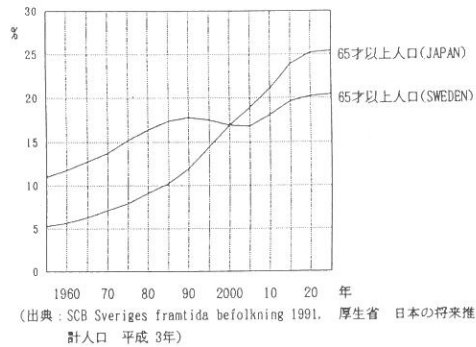


図1. スウェーデンと日本における高齢化率の動向

2) 高齢者の医療・福祉行政の責任と組織

福祉と医療に関する2大法律は社会サービス法（従来の生活保護法，児童福祉法等を全部総合して体系化したもの。1982年施行）と保健医療サービス法（1983年）である。

社会サービス法は基本法であって社会サービスに関するすべてに共通する根本原則が明記されており，国民が生活が営めない時に援助を要求できる生活権利法である。保健医療サービス法は，すべての人が質のよいサービスをどこにいても同じ条件で，より早く供給されなければならないという枠組み法である。さらに1985年には住宅供給法も施行された。同法には，住宅供給における各市の義務を明確にしたもので，第1には各市に住宅供給計画の作成義務があること，第2に市民へ良質の住宅を供給しなければならないこと，第3に高齢者，障害者，その他の長期療養者にも良質の住宅を供給しなければならないことが明記されている。

社会サービス法に示されたサービスの原則は次のようなことである。

①総合的視点

個々人の福祉ニーズを心理的，身体的，および社会側面から総合的に把握，対処する。

②ノーマライゼーション

可能な限り通常の状態のなかで，各々が生活が継続できること。

③継続性

急激な環境の変化は避けるべきである。また，医療，福祉機関との接触には同じ人が当たる。

④行政の柔軟性

各個人に対する援助は，本人の置かれている条件と必要性に応じて決められるべきで，一律

的に決められるべきでない。

⑤近接性

個人に対する援助は、本人の生活環境の中で与えられなければならない。

⑥自己決定

個人は自分の生活は自分で決め、その決定および選択は尊重されるべきである。

⑦人格の尊重

個々の人格、人権は尊重しなければならない。

⑧積極的活動

個々の残存能力を生かして、積極的に有意義な日常生活が送れるように援助しなければならない。

⑨影響力と参加

ケア、介護の計画にあたっては、個人、各グループ、団体といえども、当事者本人とともに計画されなければならない。

等である。

スウェーデンは地方分権が進んでいて、国、県（レーン、23県＋3特別区）、市町村（コミューン、286）の機能がはっきりしている。

国の役割（法律により国が目指そうとする方向に地方自治体が動いていくよう見守る。監督や監視をする立場や役目はない。）

①組織、分担、監督に関する法案の立法

②直接担当する行政

外交、防衛・安全秩序（警察、検察、裁判、徴税）、長距離通信（鉄道、航空、通信、郵便）、調査統計、国営事業、経済政策、高等教育、労働市場、道路・交通規制、エネルギー、社会保障、地方交付金

県の役割（予算の80%を保健医療ケアに使っている）

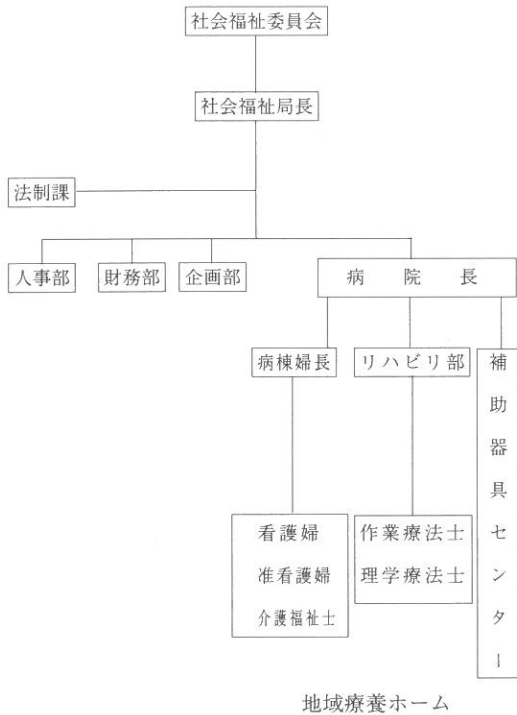
①国の県行政（総合事務所、各省庁出先機関）

②県が担当する行政

医療保健（在宅患者、病院、療養施設、精神病院）、予防、一般歯科医療、精薄者の特殊学校・社会福祉（家庭相談、子供の家）、総合事務所の地域計画、公衆衛生への参画、通商・産業、芸術、特殊職業訓練（看護ケア関係、高等学校等）・職業リハビリテーション、地方や区域内通通信事業

コミューンの役割（議会と執行委員会からなる）

社会福祉、義務教育、住宅、土地・廃棄物・環境保護、緊急救助、消防、レジャー・スポーツ、青少年、芸術、道路、公園、建築、都市計画、住民防衛、電気・水道の供給・エネルギー計画、このようなもとで、各コミューンはそれぞれの実状にあう



よう行政上の工夫を凝らしている。

コミュニンの老人福祉を担当しているのは社会福祉局である。各市によって一部組織がちがっているが一例をあげると次のようである（図2）。

この市は福祉区に分けて、それぞれに地区福祉事務所を設置している（図3）。

図2 市の社会福祉局組織の1例（奥村氏資料による）

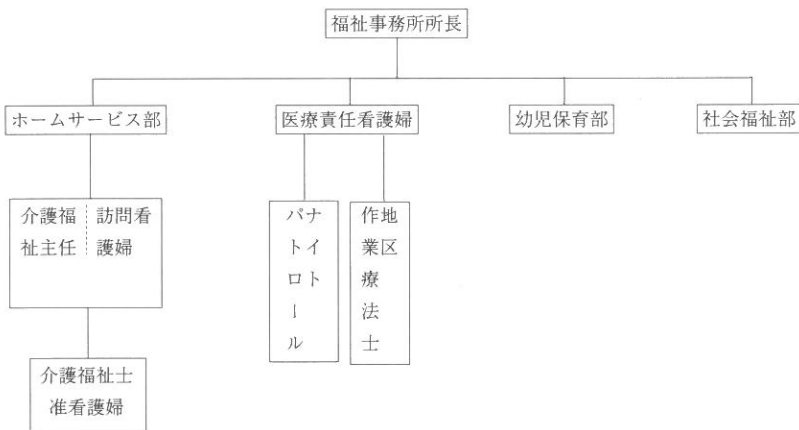


図3 地区福祉事務所の組織1例（奥村氏資料による）

3) 税制とADEL-reformen

1991年に100年来といわれる税制改革が行われた。理由は累進課税をさらに公平にするためと経済を活性化するためであった。その結果、国の所得税は20%、地方所得税30%のほか日本の消費税に相当する間接税が25%の負担となった。実質的には年間17万クローネ（1スウェーデンクローネSEK=15円として255万円くらい）を越えない勤労所得に対しては、国税は非課税としたので、90%の納税者は地方税のみが課せられる事になった。デンマークもそうであるが、勤労所得は、日本のように勤務年数の昇給制度ではなくそのひとが学んで習得してきた能力や職種によって賃金ベースが格付けされている。したがって、新人もベテランも給与の格差はほとんどない。財源はこの直接税と間接税による租税収入をあてる。（表1）

表1 ストックホルム市の予算 1993年

収 入		支 出			
租税収入	57.9%	児童福祉	13.8%	学校教育	23.9%
手数料サービス料	31.1%	老人障害者福祉	27.4%	文化余暇活動	4.4%
国からの交付金	8.8%	個人・家庭福祉	11.6%	公園道路住宅	4.7%
その他	2.2%	その他社会福祉	4.4%	環境保健予防	0.3%
		福祉小計	51.5%	都市計画	3.3%
				その他	8.4%

スウェーデンは、公的財源を使って、すべての人を対象に、より高い生活水準を目指して所得再配分政策のもとに、皆が働いてその就労所得によって市民の生活と安全を保障し、福祉は市民の権利として位置づけた施策をとる福祉国家である。そのため、老人、障害者等就労所得がなく生活に支障がある人には就業者から非就業者に所得の再配分をおこなう。これが課税政策である。ちなみに、日本は国や地方自治体、家庭、ボランティア、民間サービスなどがそれぞれ責任を分担して生活の安全や「最低限保障」をする福祉社会であるから、日本の社会保障は一定の生活レベルを基準にした選別的福祉供給体制であることに大きな違いがある。

スウェーデンの社会保障給付は3段階制度をとっている。

①一律給付；児童手当、国民基礎年金等

国民全てを対象とし、すべての人に同額支給される。

②所得比例給付；疾病休業手当、国民付加年金

疾病休業手当は賃金の90～85%の手当金が支給される。

国民付加年金ははたらいたことのある人が、15年間の最高額から所得に比例して計算されて支給される。

③所得ニーズを勘案して給付されるもの；住宅手当金等

所得の低い人にコミュニケーションが補助する付加補助制度。

である。

1992年には「エーデル改革」という高齢者保健福祉改革が行われた。保健と福祉の総合を果たすため老人保健の市への権限委譲が柱であるが、原因は総医療費の増加による財源難があった。当時、高齢者の社会的入院が多く、医療費と老人の病院ベット占拠におおきな社会問題があった。保健医療の財源面の公的責任は県レベルでもっており、福祉的な面の責任のみコミュニケーションが持っていた。この改革では、救急医療と老人専門医療は県が従来どおり持つが、他の医療はすべてコミュニケーションに委譲したから治療が終わっても病院に入院している場合は費用をコミュニケーションが負担することになった。このため、入院治療の終わった高齢者には、生活の維持できる住居と在宅ケア体制の整備が急務となった。

4) 施設介護と在宅介護の言葉の意味と実際

スウェーデンでいう「在宅介護」とは、高齢者対策の基本原則（ノーマライゼーション、自己決定、人格の尊重、参加、活性化等）において施設処遇に対する批判として出てきたのであり、介護施設の存在そのものを否定しているのではない。当時の施設の非人間性、設備の貧弱などにたいしてである。その後、施設の改善が進み、昔は施設であったが今では住居化された結果、「在宅」と見成されている場合もふくめていることである。この点は誤解しないようにしたい。1992年からの法改正により「サービス、介護の受けられる特別な住居形態」という言葉で統一されている。

スウェーデンの高齢者福祉は量から質に転換している。それは「脱施設化・住居化・小規模化」である。現在の高齢者の自宅を除く居住形態は次のようである。

①サービスハウス／サービスフラット

社会サービス法第6条（適切な生活水準と個人の自立した生活の強化に伴う保障）にもとずき、入所判定をする。ケアはあまり必要でない人対象。賃貸契約。職員の24時間勤務あり。アパート型式で、レストラン、デイセンター、図書室等を付設している。

サービスフラットは一般アパートの一階を全部市が高齢者用として管理し、一般住居者と共有するスペースがある。

②老人ホーム（正しくは食事付きサービスハウス）

ケアが必要な高齢者のためのもので、大体個室であるが、食事は一緒に取るため台所はついてない。この施設は減少傾向にある。職員24時間勤務。入所判定要。

③グループホーム

痴呆性老人、障害者が対象。大抵の場合1居室とキチネット。（独立施設か併設かによってスタンダードには差がある）。共同の食堂、居間があり生活訓練をうける。職員は24時間勤務。入所判定要。

④地域療養ホーム／介護住宅（ナーシングホーム）

1 病棟最高25人。入所判定要。介護度高く、個人の介護計画やリハビリ計画にもとずくのでサービスの選択度は少ない。

サービスハウスはもともと介護をあまり必要としない人を対象としているが、入居者の高齢化のため、介護の必要性が高くなり、療養部や地区診療所の併設が増えはじめている。老人ホームや長期療養病院等はいままでは介護施設であったが、地域療養ホームのように介護の付いた住居というふうに大きくかわりつつある。したがって、その住居化した施設で行われる医療は、いわば出前医療と考えている。

5) 在宅ケア

高齢者のうち、自宅に住んでいるのは95%である。社会サービス法では自宅および前記の介護付き住宅に住む要援護、介護老人に対して地方自治体はそれらを与えなければならないと規定している。サービスの内容は、ホームヘルプサービス、交通サービス、訪問看護、ナイトパトロール、老人住宅手当、緊急呼出しシステム、デイセンター、家庭介護手当、買物・食事・清掃、余暇活動等である。

①ホームヘルプ

個人の必要に応じて掃除料理等の家事援助や就寝介助、入浴介助等の個人介護等によって、老人の自立を助ける。1991年度にホームヘルプを受けた人は65歳以下11%、65～79歳が35%、80歳以上が53.2%であった。ヘルプ時間数は月に9時間以下が43%、10～25時間が26%、26～49時間が15%、50～119時間が13%、120時間以上が3%となっている。ホームヘルプを受けているひとの78%は単独世帯である。

②交通サービス

身体機能の低下や障害等のために普通の公共交通機関が利用できない人のために、コミュニケーションおよび国レベルでの輸送サービスである。資格審査がある。一人当たり年間使用回数は平均42回ぐらいである。

③訪問看護

訪問看護が制度として始まったのは1970年台の後半である。1991年11月の調査では、約3万人の人が訪問看護とヘルプを同時に受けていた。地域看護婦（保健婦）の仕事の約40%が訪問看護に費やされている。

④ナイトパトロール

ヘルパー2人がヘルパーと准看護婦がスケジュールに従って巡回し、援助を行う制度。毎晩ヘルプを受けている人は27%にもあがっている。

⑤老人住宅手当

低所得の老人に対して家賃の一部を補助する制度。サービスハウス等に住んでいる人にも適用される

⑥緊急呼出しシステム

特に一人暮らしの老人が緊急時に腕時計型の呼出しボタンを押せば、ヘルパーや准看護婦が来ることになっている。

⑦デイセンター

サービスハウス等に併設されたり、または独立して建設されており、作業療法士や介護福祉士、ヘルパーによって、その地域のリハビリを必要とする人に対して訓練や食事等のサービスがおこなわれる。

⑧家庭介護手当

親族を介護する場合、1週5時間以上であれば市より手当をもらうことができる。介護時間が1週間最低17時間であれば、親族だけでなく身近な人も近親者として市に雇用されることができる。

⑨買物、食事、清掃

これらは外部への委託が増えている。

⑩余暇活動

市から援助を受けて、老人連合会や老人クラブが運営する方向に変わりつつある。

6) 関係機関との協力

1992年からの改革により、約半数の市で訪問看護は市の直轄になり、その地域の高齢者、障害者、精神障害者、在宅患者の総合的な看護計画が組めるようになった。訪問看護がまだ県の直轄である市では、各福祉地区ごとに看護計画グループといわれるものが、社会福祉事務所、地区診療所等の代表で組織されている。

高齢者、障害者については、年金者協議会、障害者協議会というものが組織されており、市の福祉、交通、建設の代表と定期的に意見交換ができるようになっている。この協議会には福祉委員だけでなく、建設委員会、スポーツ委員会、公共交通委員会等の代表も参加する。

2. デンマークの高齢者福祉

1) デンマークの高齢者福祉の構築

現在、デンマークの高齢化率は15%ぐらいであり、福祉予算の62%が高齢者福祉（高齢者年金、プライエム、訪問看護、補助器具、ホームヘルプなど）にまわっている。ホルベック市（人口31,000人、高齢化率14.2%）の支出から見た財政は表のようである。（表2、3）。福祉資源としてはプライエム（ナースングホーム）が292室（全部個室）、ホームヘルパー124人、訪問看護婦が18.4人となっている。デンマークでは、保育、保健、教育、医療、福祉のように国民みんなが必要であるものは公的責任で行うようになっている。国の全公的支出は別表のとおり（図4）

表2 ホルベック市の支出から見た財政（1986年度）

高齢化率 14.2%
（単位：100万クロネ）

項 目	支出額	比率%	全体比率%
福 祉 支 出	590	66.9	64.7
教 育 ・ 文 化	138	15.6	15.1
市街計画・住宅・環境等	45	5.1	4.9
水 道 ・ 交 通 等	18	2.0	2.0
道 路 網	11	1.2	1.2
事 務 費	80	9.1	8.8
運 営 費 支 出 総 額 計	882	100	96.7
設 備 関 係 費 の 総 額	30	—	3.3
総 支 出 額	912	—	100

* 1人当たりの支出 29,419クロネ

* 1人当たりの福祉支出 19,032クロネ

（人口31,000人，伊東敬文氏の資料による）

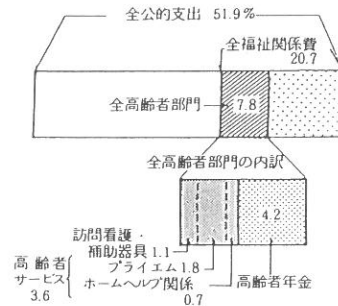


図4 デンマークの公的支出のGNPに対する割合（%）

表3 ホルベック市の福祉財政（1986年度） 高齢比率 14.2%
（単位 100万クロネ）

項 目	支出額	比率%	全体比率%
ホームヘルパー	16	2.7	1.8
訪問看護	5	0.8	0.6
補助器具，デイケア等	12	2.0	1.4
高齢者・障害者の施設等	64	10.8	7.3
各種年金	220	37.8	24.9
高齢者の為の住宅補助金	18	3.1	2.0
生活保障費（短期現金給付）	50	8.4	5.7
保育園等乳幼児ケア関係費	62	10.5	7.0
養護施設（児童・青年）	18	3.1	2.0
家族・児童手当	25	4.2	2.8
疾病給付金	43	7.3	4.9
児童歯科診療	7	1.2	0.8
住宅補助費	8	1.4	0.9
失業対策費	35	5.9	4.0
その他の福祉医療費	7	1.2	0.8
福祉・医療関係経費の総額	590	100	66.9
運営費支出総額計	882	—	100

（伊東敬文氏の資料による）

デンマークの高齢者福祉の目標は「継続性」「自己決定権」「自己資源の活用」ということである。すなわち、継続性とは可能なかぎり高齢者の生活環境を大きく変えないこと、自己決定権とは高齢者自身が自分の生活をどのように形成するか決めること、自己資源の活用とは自分の持つ能力を活用すること、つまり、なにができないかではなく、何が出来るかに注目するということである。

公共の扶助による高齢者福祉として、そのニーズを施設による解決が計られてきた経緯があるが、施設では集団的、非個人的になり安く、各個人のニーズに添えない部分もある。そこで、デンマークでは脱施設化のために、高齢者住宅の研究が進んだ。

2) 住宅施策について

1987年に「高齢者住宅法」が制定された。基本は、高齢者が自らの独立した住宅に可能なかぎり住み続け、住み慣れた環境で生きていけるように配慮することにある。1980年ごろまでは、プライエムは8～10畳の個室をもち、共通生活スペースがあれば住居型老人ホームとして、よいとされていたが、その後、24時間ホームヘルプや看護サービス体制が整備され、自宅でサービスをうけることが可能になったことからプライエムの新設をみとめなくなった。在宅中心の施策に切り替わった。

高齢者向け住宅とは高齢者および障害者用の設備があり、高齢者住宅法の規定による融資をうけている住宅をいうが、一般住宅でも住宅改造により、条件をみたせば高齢者住宅とみなされる。その条件とは、2ルーム、玄関、トイレ、浴室、台所を備える。バリアフリー環境とし、車椅子の使用が可能である。緊急時の通報システムを組み込む等である。助成を受けた高齢者住宅に住む高齢者は約1割であり、その他の人はいろいろな住宅に住んでいる。

①年金需給者住宅

通常の集合住宅の中にあり、殆どは自立して生活する住宅である。ホームヘルパーのサービスが受けられる。

②ケア付き高齢者集合住宅

呼べばすぐスタッフの援助が受けられる。これらを利用して生活する高齢者向けの住宅である。食事は共同のレストランです。しかし、自宅にキッチンもある。

③プライエム

要介護者のための住宅。すべて個室でトイレ、シャワー、ミニキッチン付き。自分の家具を持ち込める。

3) 補助器具センターについて

各県に1カ所づつある。センターには3000～10000点にのぼる介護補助器具が展示されており、10名の専門スタッフが常駐していて、個々の相談に乗ったり、製作改造までしてくれる。市が給

付する。

4) 24時間の在宅ケアシステム

訪問看護婦，ホームヘルパー，補助器具の活用による24時間在宅ケアが行われている。(表4)

デンマークではかなりの障害があっても自宅で生活している。そのために，人口3万人のホルベック市で124人のホームヘルパーがいる。(日本の50倍)。訪問看護婦は18.4人，配食サービスは1日1回は必ずされており1日約400円程度である。自分で出向くことの出来る人はプライエムや高齢者センターに設けられている食堂サービスを受けられる。

表4 デンマークにおける高齢者の在宅ケア・サービス例 〈人的援助〉

1日に3人のホームヘルパーが援助する

●第一のヘルパー

AM8:00 ベッドから起こす

↓
体を拭く(金曜日)
はシャワーを浴び
させる)

↓
着替え

↓
朝食を作る(日曜
日のみコーヒー、
他は紅茶)

↓
食器洗い、掃除他

↓
外出に伴う(毎日:
買物と外の空気を
吸うため)

↓
昼食/ヘルパーは
弁当持参

↓
サンドイッチを作
り一緒に食べる

PM1:00 夕食用に温かい食
事をつくる(時に
はこれを昼食とす
る)

●第二のヘルパー

PM6:00 夕食を暖めて
サービスする

PM7:00

●第三のヘルパー

PM10:30 就寝の介助/しか
し、第三のヘルパー
は、同じアパート
に住んでおり、時
間の制限なしに寝
たくなった時にき
てもらう
また、このヘル
パーとは親友とし

ての交流もあり、
時々、友人として
一緒に劇場、パレ
エ、コンサート、
教会へ行く。

〈物的援助〉

(1)住宅改造

①ベランダへのドアの開閉はリ
モコン操作、ベランダにすの
こを敷き、開口部の段差をな
くし、さらにスコープをつけ
た。

②バスルームの入口を車いすが
通れるように拡大。

③寝室で電動リフターが使用で
きるように天井にレールの仮
設工事を行った。

(2)生活補助器具

①電動フリター
max 170kg 1年間の約800
回使用(上昇1回、下降1回
と数える)

②車いす

内外兼用電動いす(リクラ
イニング式)小型手押し車い
す(劇場などの通路の狭いと
ころへの外出用)

③24時間緊急通報装置

4つのボタンでそれぞれ、救
急車、ケアセンター、ヘルパー、
家庭医につながる。

④電話

受話器をホルダーに固定し、
本人が持たずに使用可能

⑤便器付き椅子

⑥キャスター付きシャワー椅子
ベッドで脱衣して、リフトでこ
れに移ってからバスルームに
移動する

⑦ラジオ、カセットデッキ
操作盤が本体から離れ、本人
が操作しやすい位置に設けてい
る(市販の物)

(村嶋氏講演より)

5) プライエム（ナーシングホーム）

日本の特別養護老人ホームに当たるがすべて個室であった。部屋の広さは居間が15㎡にバス・トイレ・クローゼットがあった。ここでの生活期間は平均2～2.5年くらいという。職員数は入居者1人あたり1.1～1.25人くらいであり、日本は1人あたり0.4人程度であるからおおよそ2倍の職員が配置してある。経費の面からみると、デンマーク45万円にたいし、日本は18～20万円と少ない。また、入所費用は該当老人の所得のみで行っている。日本は、本人の財産や家族の収入を優先して自己負担額を決めている。

プライエムの入居者の考え方が最近かわってきた。施設で生活する場合でも個人の生活は自分で責任をもち、どんなサービスを受けるかは入居者自身の意思決定によるということだ。施設側も施設内の部屋は入居者の個人的な住居であるとして決して勝手には入室しない。また、入居者は1住民として共同作業にも積極的に参加したり住民で組織する住民会を通じて施設経営にも参加できる。

さらに、施設を地域社会に開放し、地域の住民と共に共同催事を行ったりして脱施設化の促進を図っている。

6) 高齢者センター（リハビリセンター）

老人ケアのシステムを一般的な例で説明すると、年金生活者が何らかの理由で生活危機に陥ったとき、まず、市役所の年金生活者担当の窓口相談に行く。そこで病院に行くべきかどうかを検討される。要治療と考えられると病院に行き、その必要が無いと判断されればリハビリセンターに紹介される。センターでは最高3ヶ月、平均4週間の生活リハビリを受けた後、判定委員会が開かれ、自宅、デイホーム、ケア付き住宅、プライエム、精神科のプライエム（痴呆性）等とケアサービスを受けながら生活するのに最も適している住居が検討される。この委員会は、プライエムの職員、市の福祉職員、在宅ケアチーム員から成る。ほとんどのひとは自宅に帰るようだ。自宅で24時間在宅ケアシステムを利用しながら生活をする。また、病院で治療を必要とした人も治療終了後はこのセンターに移り、同様に生活の場を検討する。このセンターは短期滞在者の住宅（ショーステイ、個室）が設けられており、家庭の負担を一時的に軽減するために使われている。プライエムに併設しているところもあった。（図5）

7) 総合保健福祉センター

身体的なケアの問題は24時間在宅ケアシステムでほぼ解決できるが、老人の孤独感とか予防の問題がある。この事に対応するため、設けられた施設である。

ホルベック市（人口31,000人、老人人口4,400人）では、都市部2地区、農村部2地区、島部5地区に設立予定であった。その内の1施設では、デイセンター、ショーステイ、カフェ、高齢者住宅モデル展示場、リハビリ室、シャワールーム、救護室、売店、作業室（織物、製本、焼

き物、洋裁、手芸など)があり、高齢者がそれぞれ活動していた。スタッフはOT、PT、看護婦、趣味指導員等である。

さらにここでは、高齢者に対して講習会や勉強会も提供されている。「成人教室」も行う。高齢者を対象にした短期全寮制学校をもっているところもある。この施策は高齢者の可能な限りの在宅生活の維持にとって一連の能力や機能を失わせないための予防的施策と位置づけられている。

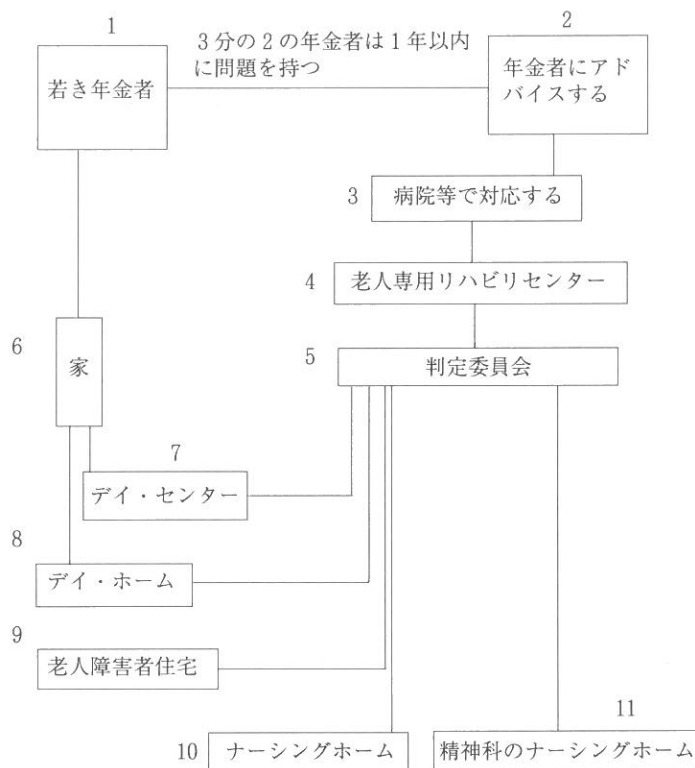


図5 ゲントフテ市の老人ケアシステムフロー図

8) 介護面の教育の見直し

現在までホームヘルパー、准看、ナーシングホームの職員、精神病院の介護士などの教育をそれぞれ別々に行っていたのを、系統立てて教育しようとし、1990年7月に法案が可決され1991年1月から教育体系が1本化された。(図6)

A. 介護士準備課程

義務教育9年終了後、社会保健関係の職場にすすみたいものに対する準備課程。学科と実習を50%づつ行う。成績がよければ自動的に第1課程に進める。

B. 第1課程・初級社会介護士教育

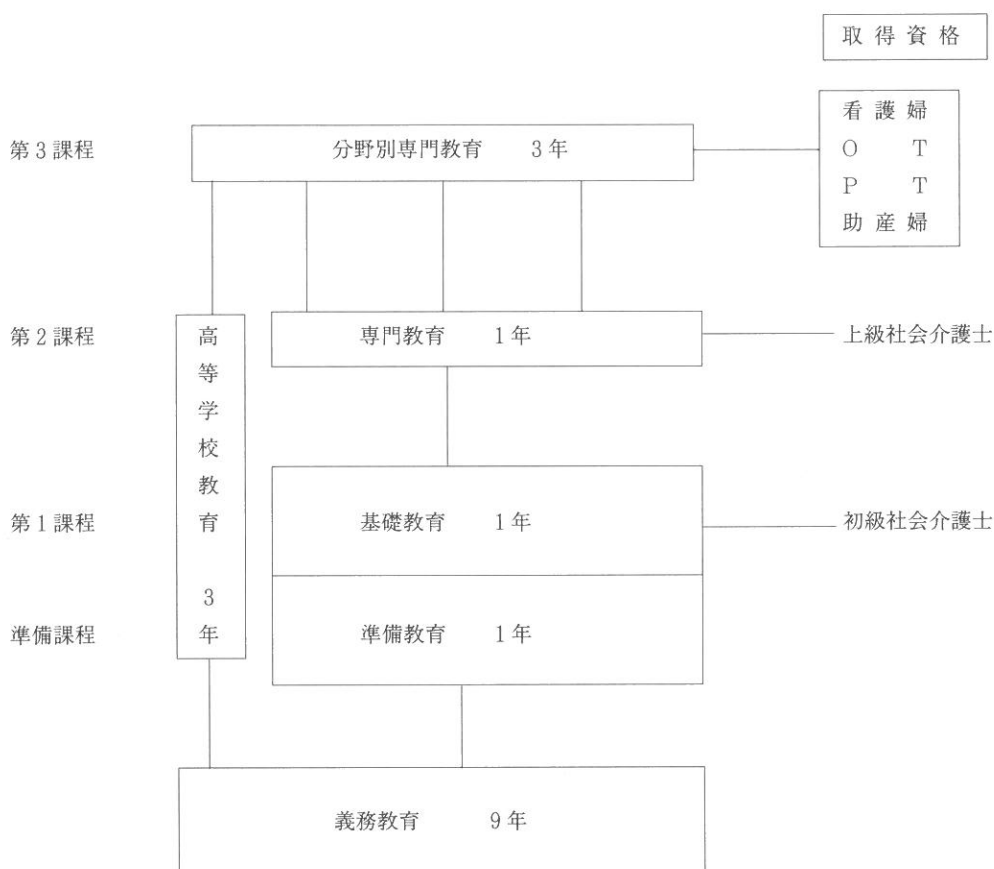
教育期間は1年で、学科と実習を合わせて約8か月になる。内容は次のとおり。

①実技・実践科目 20%

栄養学、家政学(清掃、炊事、洗濯、買物)、介護学(思いやり、個人衛生、着脱衣法)

②文化活動に関する科目 20%

文化全般にわたり、創造的でかつ手芸的な要素を持つもの



注：日本とデンマークの社会サービスの形態と内容が異なるので、「介護福祉士」とせず、あえて「社会介護士」と訳した。

図6 社会保健分野専門職養成課程

③教育心理学関係科目 20%

個人と家族関係，人生論，人生経験，コミュニケーション，協調性，政情概念，人間の正常性，カウンセリング，障害者および老人心理

④社会福祉関係科目

生活態度，社会状況，生活様式，生活環境，社会保健衛生

⑤介護に関する科目 20%

生理学，病気予防，病気の症状，基礎看護，応急手当

C. 第2課程・上級社会介護士教育

教育期間は1年。学科と実習の割合は2対1。内容は次のとおり。

①職員管理 10%

作業計画, 作業指導, 作業環境, 共同作業

②社会福祉 10%

一般社会, 生活様式, 生活環境, 社会保健対策, 社会福祉法

③教育心理学 15%

コミュニケーション, 役割分担, 発達心理学, 人間のもつ問題, 世代の相違, 緊急事態
対応策, 社会福祉従事者の教育法

④医学 25%

解剖学, 生理学, 微生物学, 伝染病, 病理学, 医療器具

⑤看護学 30%

保健衛生, 病気予防, 健康管理と介護, 栄養学, ダイエット療法, 障害者と自助具

D. 第3課程・看護婦, PT, OT, 助産婦教育

従来どうり, 教育期間は3年。第1および第2課程終了者か高等学校卒業者が入学資格を有する。この新制度により, ホームヘルパーが初級社会介護士に, 准看が上級社会介護士に統一される。なお, 初級社会介護士は, 基礎教育期間も含めて地方自治体の職員として採用される。ただし, 準備教育生徒は無給である。

3. スウェーデン, デンマークから何を学ぶか

迫り来るわが国の高齢社会で起きるであろう諸問題を考えるとき, わが国の文化, 国民性にもとづくいくつかの問題がみえた。それに対して日本はどの様に学び, 応用出来るのか考えてみたい。

1) 価値観の見直し

①高い同居率は家庭内で介護等の問題解決にあたることを常とし, それが美德でさえあった。日本の同居率は50%をこえるが, 北欧では3~5%程度である。この同居率の高さは, 古い日本の「家」意識に支えられ, 老親扶養・介護・看護の家庭内役割を維持する結果をもたらしている。¹⁵⁾

扶養・介護・看護問題が家庭内に生じたときは, まず, 他人に知られないように家庭内で解決する事を試みる。その役まわりは嫁あるいは娘や妻にまわる。親をみることになる仕事も中断せざるを得ない場合もある。自分の生活を変えてでも親をみることは他人からは美德, 美談としてむしろ尊敬される風潮もまだかなり残っている。家庭内で限界が見えてはじめて行政が肩代わりをするパターンが多い。この時点にくると家庭関係にひずみも出来だし, 円満な人間関係が維持できなくなるケースもある。北欧では親子別居の社会であるから家で親を世話しないので, 既

婚女性や娘でも仕事を止める必要はなく継続して自分の生活が可能であるよう行政が責任を持って支援し家族関係を良好に維持できるような政策をいち早くとったという。

日本の現在の社会では女性の社会進出も確実に増加しており、もはや看護・介護問題を役割意識や美徳意識で女性を「家」に縛って解決することは困難である。むしろ、女性にかぎらず人が一人の人間として生きていく過程であるひとつの選択肢であると考えられるような人間観・価値観を定着させることであろう。

②「恥」の文化は福祉を嫌がってきた。「福祉は利用する制度」のイメージづくりをしよう。

福祉というと貧困のイメージが日本にはある。貧困は他人に知られたくない部分であって、その部分を他人に知られたり援助を受けることは恥ずかしい事であり、身内にも恥をかかせるという風習は今も残る。北欧でも1996年以前は同様であった。恥ずかしい部分ではなく、誰でも受ける権利があるというほうに意識改革するためには、福祉情報を住民に知らせたり、知りやすくする方法をとることであるという。すなわち、福祉を特別なセクションにしないようにして、一般の人が自由に出入りできるような場にするのである。施設は町中の交通の便利な場所につくり、施設の持つ機能、リハビリやレクリエーション室、食堂、理美容室、診療所、クラブ活動事業など一般住民に開放し、交流の場とする。また、福祉サービスを受けたい人から申請があれば所得制限などなくする方向に改善していくことも大切という。デンマークでは、今年から年金法を改正し、年金は個人に給付し、その中から施設利用費用を支払うという方針に改めたという。

③少子化現象解消は保育施設の充実も一考の余地がある。

日本の少子化現象は高齢化対策のみならず国の将来活力に影響をあたえる重大因子として対応策が取られているのは周知のところである。政府は児童手当の対象と金額の増額を示したが、それで出産数が増えるのだろうか。はなはだ疑問である。子育てはまさに手仕事であり、肉体労働であり、精神的なストレスの高いいわば介護にも劣らないものである。もちろん、わが子への愛情の深まりや成長の楽しみはあるが、生む性としての女性は出産後の育児環境の整備をもっとも要求している。子供も産みたい。仕事もしたいのである。保育所の充実が一番求められていると考える。

北欧では1960年代では3割の女性しか仕事をしていなかったが、1991年には、ほとんどの女性が仕事をもっている。福祉関係で働く女性が多い。高齢者福祉が充実したのは、働き手が増え、労働力が得やすくなったことと、女性が働くことで所得税収納料が倍増し、国家予算が増額したという効果があった。育児担当者が働くことで、子供の世話をする人が確かに必要になったので保育所も充実したということだ。

スウェーデンでは、保母または保父の有志格者が十人前後の幼児を集団保育する事を認めている。そのため保育現場で働く保母数はケアワーカー数を上回る。ここでも女性の職場が広がっているし、働く母親にとって身近かに保育所確保ができ、仕事と育児の両立が成り立ちやすい環境にある。

④親は過保護を止め、子供は自立を学ぶ

日本は少子化に伴い、子供への期待と保護が高くなっていった。子供を高学歴、高地位に付け、子と同居して財産を譲渡し世話になるのが幸せな人生であるといういわばステレオ化された幸せ観のもとで、競って親はそのためには努力を惜しまない。現在は子の世代に価値の多様化が見られだしたとはいえ、基本的なところはかわっていない。親の価値観、教師の価値観で子の進路も決定しかねない状況下で子供も親も自立できない悪循環が未だ残っている。過保護のもとでは自立したこどもが育たない。

北欧では、結婚するまで、または23歳までは家にいて、親が生活費をだしたり、一部を子供が負担したりすることはあるが、18歳以上になれば親の家からでて自活する。大学生はアルバイトしたりローンによって生活するのが一般的である。親に頼らないで自分の責任で生活する。ローンを借りて生活している場合は、総背番号性であるので借金の内容はどこにいてもわかるようになっている。基本は自立ということだ。ただ、教育費に関しては全員奨学金制度なので自己負担はない。親は子供が家をはなれると、子育て期間に必要としたある程度の広い家は不必要になるので、老後生活に手頃な家に移っていく。空いた広い家は広さが必要な他の家族が移り住むということだ。

⑤男性の意識改革が必要

「男は仕事、女は家庭」論は性役割是非論としてよく取り上げられた。これは女性の人権と生き方論として取り上げられる事が多かった。現在は性役割論で男女の人生の選択を押しつけるようなことはない。女性も変われば社会も変わった。男性も変わりたい。仕事第一生活から家庭生活へ、そして介護参加と育児参加が果たせるよう職場環境の変革も望みたい。仕事第一生活の後に訪れる退職後の日々の生活が生活音痴であったり、無趣味で無為な日々がないように若いときから家庭生活に、余暇時間に関心を持つ事の意識を身に付けたい。介護や育児に参加することは、それを通して生活技術が取得できるし人々との交流の場も広がる。家庭の現状判断にもとずき生活手段や有効な方法を選択して行動を決定出来る能力は、将来、訪れてくる自分の老後をいかに主体的に生きるか、いかに上手に老いて生きれるかという能力にもつながる。

2) 基本的人権についての考えの徹底

スウェーデン・デンマーク高齢者福祉の基本理念はノーマライゼーションであろう。ノーマライゼーションとは障害を持った人もそうでない人と同じような生活が送れることを保証することである。この事について考えてみると次のようなことが挙げられる。

①施設の住居化を早急に検討する。

日本の老人や障害者の施設は、一室に複数入居で個人のプライバシー空間はほとんどない。そのうえ、固有面積も狭く、収納設備も整えられていない現状では自分の所有物にも限定があり、ダンボール箱数個の入所。生活環境アメニティは保証されていない。法的制約の見直しと施設改

善は急務である。

②施設職員の増員、増職能でゆとりあるケアをする

施設職員は北欧の約半数である。施設利用者も一般利用者も一般社会の生活と同じと考え、一日の生活リズム、一週間、一年を過ごせるように諸条件を整える必要がある。それには、施設職員の増員を図るとともに、生活場面を活性化させる指導力のある職能を配置する事も必要だ。職員は決して均一でない利用者の生活ニーズに対応するとき、その人の人権、プライバシーの尊重を基本に、ゆとりのある態度でケア活動が展開できることが望ましい。デンマークの3原則は、生活のどの段階でも大切に守っていくことが高齢者を生き生きさせる基本であると同時にどれだけそのような姿勢で対応しているか現状を振り返らなければならない時期に直面している。

③在宅生活の支援体制の充実をはかり、社会的入所を止める

在宅支援体制がすこしずつ整備され、活動が期待されるが、高齢者保健福祉計画十カ年戦略による福祉人材確保計画は、北欧の現状と比べると10年後の数字でも追いつかない。補助金等問題も多いとは思いますが、その程度の増員では十分な援助は望めない。家事援助、社会的活動の援助、身体的な援助というそれぞれに専門的技術をもつ人材を大幅に増員しなければ、在宅ケアが家族ケアに依存されるか、施設への社会的入所の増加ということにもなりかねない。公的ケアが十分でないと家族の誰かの人権をも犠牲にしかねない。

3) 教育の見直し

人間の生涯で生活障害として健康問題が関与する割合が高いことはすでに多くの研究で明らかになっている。高齢者では主たる健康障害がなくても身体機能の退行は高齢現象であり、やがてはその現象と旨く付き合いながら生活を維持しなければならない時期が来ることを認識し、適応していけることが重要になる。北欧でも高齢者は日本と同じように健康障害や老化現象で生活に支援がある人々が、工夫された福祉サービスを活用しながら生活している状況をみて、やがて来るわが国の高齢社会を思うに、国民のひとりひとりが個々の将来を先見し、若い時代から健康増進や疾病の防止を考えた生活習慣を身につけたり、老化現象が理解できる能力をもって年をとることが重要であると再認識した。

①学校教育に健康実践教育・生活実践教育をとりいれる

戦後、日本は医学の発達や医療行政の発展、公衆衛生活動等により国民の健康状態は格段の改善がみられたのは事実である。しかし、その方法はかならずしも住民主体ではなかった。住民の健康問題は国民集団の健康現象の分析をもとに行政指導型集団メニュー事業として展開された公衆衛生や医療者主導の治療現場で解決されてきた経緯からみて、住民個々人は健康や病気についての理解度や知識は高いとはいえず、自ら予防的行動や療養等の選択決定をすることは行動化できない。これからのわが国の住民は、自らの健康生活の手段と方法を自ら選択し、決定し日々実践していく習慣を身につけるような教育が要求されよう。

実践教育は、まず、学校保健教育と福祉教育の強化ではないだろうか。小学校では生活科、中、高校では保健体育科が、はたしてどれだけ健康問題がとりあげられているか、学外の専門職を導入してでも、現場実習したり臨場感の有る教育がしたい。他教科でもどれだけ高齢社会で生きることを視点においた教育展開がなされているのか検討したい。保健と病気のこと、社会現象などを体験できる教科、生活技術の習得できる教科などをカリキュラムにしっかり取り入れる姿勢と実行が学校教育現場に確立すれば、将来、自分の健康管理や障害に対処する判断や生活の選択、決定ができる人間が育つと考える。

②これからの福祉専門職は、より専門的能力が求められる

昭和62年、社会福祉士・介護福祉士法が制定され、ホームヘルパーとともに介護福祉士という住民の福祉に関わる専門職が誕生した。高齢者保健福祉10ヶ年戦略によれば、この2職種は高齢社会を支える要とも言われ、国はその養成に力をそそいでいる。介護福祉士教育は高卒1～2年。ホームヘルパー養成は180～40時間程度で資格取得出来るとしている。いずれの職種も要援助者の日常生活の援助を業としているが、日常生活というのは食事、排泄、清潔など生命に関わることや身のまわりの社会生活行動をさしている。これらの業務は従来、家事家政的な業務としてもっぱら家庭内で主として女性によって機能が完結していた。そのためかもしれないが、施設や在宅での要援助者の介護ニーズの質のとらえ方や対応の仕方が専門職色が薄く教育内容も見直しが必要と感じる。調査によれば、日本の高齢者の半数は健康ではないと答え、時系列でみると健康である率は低下しており、特に、80歳以上の高齢者では2ヶ月間で41%が27%に激減していた。¹⁵⁾

このようなことから、介護技術は健康状態把握の知識と判断の上にたってニーズに対応できることが必要とされる。

北欧でも、要援護者の高齢化と健康度の低下による障害の重度化に伴い、介護職の教育を見直す方向が決定している。すなわち、1年程度の時間数で医学、看護学の教育をカリキュラムに取り入れるとのことであった。高齢者の医療の権限と責任の多くが、医療から看護婦に移った。今までは、個々の高齢者にどのようなケアを提供するかを決める地域調整チームリーダーはドクターだったが、看護婦にかわった。そして、必要なときだけ医師をコンサルタント的に使うというシステムになった。ホームヘルパーはある程度の医学的知識を身につけておれば、要援護者に関わる時間が多いため、その生活をトータル的に見て介護実践できる。看護職とのオーバーラップ業務として整理できる仕事が可能になり要援護者にとっても健康状況を把握した援助が受けられるし、介護実践面でも効率的という。

③福祉職、特に介護職の社会的地位の確保

わが国は、漸く介護職員の養成の途に着いたばかりで、その教育内容とか職能評価には検討を要する問題がある。さきにも述べたように介護ニーズは社会の変化とともに変わりつつあること、業の目標は人々の生活のアメニティの確保であり、各々の福祉ニーズを精神的、身体的、社会的側面から総合的に把握し、可能な限り通常的环境条件の中で生活が継続できるようノーマライゼー

ションの原則を基本に総合的視点で対処できる能力が必要と考える。その能力を持つ介護職員でなければ高齢社会の介護ニーズに対応できない。この能力を身に付けていることを職能とするならば、社会的にも専門職として認識されるであろう。しかし、現行法では名称は独占しているが業務は独占ではないため、無資格介護者も多い。その上、雇用形態も登録制であったり、パート採用であったりのアルバイト的雇用関係ではなはだ不安定である。

北欧でもこの傾向があって、職に誇りがもてない、魅力がないということで止めていくひとが多いとのことを聞いた。そのために、教育をより専門化し、関連職種と肩をならべて介護計画に参画できる能力を持たせ介護職の自信と誇りが実感できるように改革に取り組んでいるようだ。因みに、北欧の介護職は、高等学校の約半数の学校で過程として採り入れ養成されており、日本のそれは、高等学校終了者を養成対象にしている点からのみみれば教育レベルは高い。

保健・医療・福祉の総合時代である。それぞれの領域の専門職である医師、看護婦等と比較すると教育内容のレベルアップと雇用形態を安定したものにすることが高齢社会の要職として位置づけるための必須条件である。

3) 住民参加と地方分権

北欧で強く感じたことは、住民が自分たちの生活を自分たちで確立していく姿勢がどこでもみられたことだ。自立の国である。日本の議会は殆ど男性ばかりだが、あちらではその半数は女性であった。女性の目で捕らえた生活支援の有るべき方法が行政で施行されていることも多いと聞いた。施設内でも施設利用者が施設の運営に参加できることといい、市民の市政への参加意識が強いところは大いに見習うべきとおもった。

高齢者の施策実施主体は市町村である。

地方分権は日本でも少しずつ委譲されてきているようだが、国からの予算が補助金としておりる事柄に付いては、どうしても予算獲得のため、補助金の多い予算の付く事業、すなわち、道路とか建築などのように表面で見えやすい物に行政が対応し易くなる傾向があるのは確かだろう。地方のニーズに添った細かい配慮のある行政ができるように交付金として還元し、地方自治体が主体的に施策が組めるようになっていくと住民の意見も行政に反映し易いのではないかと考える。デンマークは、構造面でも財政面でも地方が権利をもつようになっていた。

以上、みてくると日本の福祉施策は北欧の其れと比較して相当おくられている。施策のみならず市民レベルでも、高齢社会によく対応できるような能力を養わなければならないことがよく理解できた。

おわりに

日本は高齢化率からいえば決して北欧に負けないレベルに達しているが、今日、何とかしのい

でいるのは日本の家族制度や、家業相続制度などで親子同居が高いため、子供が親を見ることができたのである。しかし、それは資本主義の発展とともに崩壊せざるを得ない。第1次産業が衰退し、第2第3次産業が発達すればするほど人口の移動が激しく、都会の過密と、農村の過疎が拍車をかけ、親との同居は困難となる。このような社会情勢のもとでは、家族ケアは期待できない。そのため、公的ケア体制を早く整備すること、ケア人材の確保はとりあえず急務である。

一方、人間は高齢になるとみんな要介護老人になるわけではない。健康で殆ど介護の必要のない一生を送る人のほうが多い。即ち、旨く年をとる努力をすることのほうが最も大切なことである。日本の場合、生命よりも生産を大切にす国民との批判を諸外国から受けるようだが、確かに生命、人権、健康ということの教育は弱かったようにも思える。今後の教育にはこの視点をしっかり盛り込んでもらいたい。また、高齢者施策は経済効率と施策効果からも行政機関の連携施策でなければならない。国の予算にしても地方の予算にしても、最小コストで最大効果を上げるのが社会の利益になるが、なかなかそうはなっていない。福祉施設ひとつみても最近では、住宅機能、介護機能、医療機能など複合した機能を併せ持つ傾向になってきた。それぞれの機能は管理系統が異なる関係省庁で管理される現在であれば、現場では、実情に合わない無理・無駄がでることもある。それらを旨く調整できるいわゆるコーディネーター拠点やコーディネーターが必要となってくる。このことは、来る高齢者社会をノーマラゼーションの理念や、環境のアメニティを重視して構築するならば、その経済効率からも総合的視点に立った思い切った行政改革や施策が必要となろう。

参考文献

- 1) 丸尾直美；総合政策論—日本の経済・福祉・環境—、有斐閣、(1993)
- 2) 生命保健文化センター・野村総合研究所編；日本人の生活価値観、東洋経済新報社、(昭和60年)
- 3) 大貫恵美子；日本人の病気観、岩波書房(1985)
- 4) アドルフ D. ラッカ；スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンス、現代書館、(1991)
- 5) 山井和則；スウェーデン発・住んでみた高齢社会、ミネルヴァ書房、(1993)
- 6) 訓覇法子；スウェーデン人はいま幸せか、NHK BOOKS、(1991)
- 7) リジェストローム他；スウェーデン・女性開放の光と影、勁草書房、(1987)
- 8) 山井和則・斎藤弥生；日本の高齢者福祉、岩波新書、(1994)
- 9) 山井和則・斎藤弥生；高齢社会と地方分権、ミネルヴァ書房、(1994)
- 10) 木下康仁；福祉社会スウェーデンと老人ケア、勁草書房、(1992)
- 11) 今村千弥子他；グループホームケアのすすめ、朝日カルチャーセンター、(1994)
- 12) バルブロー・ベック・フリス；スウェーデンのグループホーム物語、ふたば書房、(1993)
- 13) 小川政亮他；デンマーク・スウェーデンでみた在宅福祉、HOBUNSHA、(1992)

橋 本 祥 恵

- 14) 大田 晋他；新しい国際社会福祉の動き～日本はそれをどう生かすのか～（座談会）月間福祉，
94，(8)
- 15) 総務庁長官官房老人対策室編；老人の生活と意識，中央法規，（平成4年）

（平成6年11月30日受理）